

## **Patiënten met een combinatie van lichamelijke en psychiatrische zorgvragen: laat ze niet buiten de boot vallen!**

Zowel in de eerste als in de tweede lijn is er toenemend aandacht voor vormen van geïntegreerde psychiatrische en somatische behandeling en zorg. Desondanks is er een groep patiënten die tussen wal en schip dreigt te vallen, namelijk chronisch psychiatrische patiënten die langdurige intramurale zorg nodig hebben vanwege bijkomende lichamelijke zorgbehoeften.

Twee voorbeelden:

1. Het eerste voorbeeld betreft een 63 jarige vrouw met een depressie, paniekaanvallen, een gemengde persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en theatrale kenmerken en met multipole sclerose. Zij woonde zelfstandig. Zij was immobiel en volledige ADL-afhankelijk. Daarom ontving intensieve thuiszorg. Toen haar mantelzorger overleden was, begon zij toenemend een beroep te doen op de thuiszorg, ook buiten de geplande zorgmomenten. Binnen een paar maanden was er thuis een onhoudbare situatie ontstaan.
2. Het tweede voorbeeld betreft een 72 jarige man met een psychotische depressie, tardieve dyskinesiën en ernstige diabetes insipidus. Dhr werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met suïcidaliteit, nihilistische wanen en een delier. Dit delier was het gevolg van uitdroging (door slecht drinken en diabetes insipidus). Na rehydratie en door intensieve psychiatrische behandeling knapte dhr goed op, maar om herhaling van een dergelijke ontsporing te voorkomen, bleef intensieve psychiatrische en somatische begeleiding noodzakelijk. Vanwege deze zorgbehoefte, die voor zijn echtgenote een te grote belasting betekende, was ontslag naar huis niet mogelijk.

Voorheen zouden deze patiënten waarschijnlijk opgenomen worden of blijven op een long-stay afdeling van een psychiatrische instelling. Tegenwoordig zijn er binnen de GGZ veel minder bedden beschikbaar voor langdurige opnames. Psychiatrische behandeling vindt bij voorkeur plaats zonder opname. Indien voor de behandeling een intramurale setting noodzakelijk is, wordt gestreefd naar een zo kort mogelijke opname.

De langdurige intramurale zorg voor oudere cliënten met een combinatie van psychiatrische en lichamelijke aandoeningen vindt toenemend plaats in verpleeghuizen, die zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra. Wij denken dat dit een goede ontwikkeling is, mits voldaan wordt aan een aantal randvoorwaarden.

Randvoorwaarden:

1. Een gerontopsychiatrische verpleeghuisafdeling moet beschikken over een gespecialiseerd multidisciplinair team, waar in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog en een gespecialiseerde verpleegkundige deel van uitmaken. Naast onderzoek, behandeling en begeleiding van cliënten moeten zij de overige leden van het team kunnen coachen. Specifieke kennis en vaardigheden zijn nodig om symptomen en gedrag goed te kunnen interpreteren en om op passende manier invloed te kunnen uitoefenen op de interactie tussen cliënt en zorgverleners en tussen cliënten onderling.
2. Er moeten goede afspraken zijn over samenwerking met collega's uit de tweede lijn, zowel voor somatische als voor psychiatrische interventies. Daarnaast is het belangrijk dat gekwalificeerde medewerkers vanuit de GGZ met een vaste regelmaat de afdeling bezoeken, enerzijds om lopende zorg- en behandelplannen te evalueren, anderzijds om

het team te coachen en om doelgroepsspecifieke adviezen te kunnen geven met betrekking tot de woon-leefomgeving in het verpleeghuis.

3. Er bestaat een reëel risico dat het sterk op ondersteuning gerichte klimaat binnen het verpleeghuis het functioneren van deze groep cliënten negatief beïnvloedt. Daarom kan op een gerontopsychiatrische verpleegunit beter een therapeutisch milieu worden gecreëerd. Dit therapeutisch milieu zou er als volgt uit moeten zien: vanuit een vriendelijke basishouding van de zorgverlener wordt ondersteuning geboden die gericht is op het bevorderen van een gevoel van eigenheid, eigenwaarde en controle; er wordt structuur geboden met voorspelbare rollen en verantwoordelijkheden en als dat nodig is, worden er grenzen gesteld; er wordt actief gewerkt aan het bevorderen van de betrokkenheid van de cliënt op zijn of haar sociale omgeving.

Verpleeghuizen kunnen een belangrijke rol spelen in de zorg voor patiënten met een combinatie van psychiatrische en lichamelijke problemen indien zij zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra waarin aan de hierboven beschreven randvoorwaarden is voldaan.

We sluiten af met een aantal aanbevelingen:

1. Regelgeving en financiering mogen het realiseren van bovenstaande randvoorwaarden niet in de weg staan. De financiering dient toereikend te zijn voor de extra inspanningen ten behoeve van de zorg voor deze doelgroep, zoals specifieke vormen van behandeling (psychotherapie), realisatie en evaluatie van het therapeutisch milieu, consultatie vanuit de GGZ en scholing van het team.
2. De zorg en behandeling voor deze doelgroep moeten zich ontwikkelen van "good practices" naar "best practices" met evidence-based interventies. Daartoe dienen richtlijnen ontwikkeld te worden die toegesneden zijn op de specifieke kenmerken en zorgvragen van deze groep cliënten.
3. De onderzoeksagenda zou zich minimaal moeten richten op de volgende aspecten: de specifieke zorgbehoeften, de meest effectieve zorgmodellen en behandelingen, het therapeutisch milieu, bruikbare screenings- en diagnostische instrumenten en de benodigde kennis en vaardigheden van de verschillende leden van het multidisciplinaire team.
4. Omdat tussen landen grote verschillen bestaan in de organisatie van de intramurale ouderenzorg, heeft bundeling van ervaringen door internationale samenwerking meerwaarde, zowel voor de ontwikkeling van richtlijnen als voor het uitvoeren van de onderzoeksagenda.

Anne van den Brink  
Onderzoeker van de MAPPING studie

Dit is een samenvatting van het Guest Editorial dat verschenen is in *International Psychogeriatrics*.

van den Brink, A. M., D. L. Gerritsen, et al. (2014). "Patients with mental-physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside." *Int Psychogeriatr* **26**(10): 1585-1589.